

<b>FORMA CORTA</b>		PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ES)		NÚMERO DE SERIE	
Liquidado	Revisor	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2000	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2000 O AÑO COMENZADO EL		2000	
de de Y TERMINADO EL de de					

ECRLDT B 027  
 ORTIZ OCASIO, LUIS A  
 O RESIDENTE ACTUAL  
 PO BOX 3078  
 JUNCOS PR 00777-6078

Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Sexo  
☒ M ☐ F

L/A Mes Año

Número de Seguro Social Cónyuge

Fecha de Nacimiento del Cónyuge

Día Mes Año

Teléfono Residencia

Teléfono Oficina

CAMBIO DE DIRECCION

☐ Sí ☐ No

Número de Pago

- Encasillado 1**
- SI NO
- A. ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- B. ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- C. ☐ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- D. ☐ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- E. ☐ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)
- F. ☐ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**

- G. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- H. ☐ Empleado Gobierno Federal
- I. ☐ Empleado Empresa Privada
- J. ☐ Retirado/Pensionado

Su ocupación Maestro

Ocupación cónyuge

**ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:**

- 1) ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- 2) ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)  
 (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- 3) ☒ Jefe de familia
- 4) ☐ Soltero

PLANILLA 2001  
☒ ESPAÑOL ☐ INGLÉS

**Use este formulario sólo si cumple con los siguientes requisitos:**

Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000.

Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.

No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.

Reclama la deducción fija.

No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.

No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola.

No rinde una Declaración de Contribución Estimada.

Es ciudadano americano o extranjero residente.

No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.

No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados.

No reclama crédito por inversión en una Entidad Fílmica dedicada a un Proyecto Fílmico o Proyecto de Infraestructura.

Si usted no cumple con todos los requisitos, deberá rendir la **Forma Larga**.

**1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

**00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORMULARIOS 499R-2/W-2PR O 499R-2C/W-2PR O 499R-2X/W-2X) SEGUN APLIQUE.**

Area de Rentas Internas  
 Recibo de Planilla Copia

APR 1 2001

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) **1**

**2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones).....**

**3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12).....**

**4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3).....**

A-Contribución Retenida

1,009	00
	00
	00
	00
	00
	00

	00
--	----

Contribución Retenida

1,009	00
-------	----

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

20,945	00
	00
	00
	00
	00
	00

20,945	00
--------	----

Salarios Federales

	00
--	----

	00
--	----

20,945	00
--------	----

**Encasillado 2**

Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 05.00

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	8. Sueldos - Wages <b>20945.00</b>	17. Subtotales-cada 41 Subtotals-every 41 <b>[REDACTED]</b>
Apellido(s)-Surname(s) <b>ORTIZ UCASIO</b>	4. Estado Civil-Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones-Commissions <b>0.00</b>	18. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 SAN JUAN, PR 00777</b>	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones-Allowances <b>0.00</b>	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>LEONOR UCASIO I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE C SAR GONZ LEZ SAN JUAN CALAS ATO REY, PR 00919</b>	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>860433481</b>	11. Propinas-Tips <b>0.00</b>	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>20945.00</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total = 8 + 9 + 10 + 11 <b>20945.00</b>	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>303.70</b>
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Número Control - Control Number <b>0 2261334</b>	Año: <b>2000</b> Year: <b>2000</b>	14. Cont. Retenida -Tax Withheld <b>1009.77</b>	23. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>
Instrucciones al correo - instructions on back		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1740.43</b>	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	

Formulario 499R-2/W-2PR (Rev. 05.00) - Form 499R-2/W-2PR (Rev. 05.00) - Form 499R-2/W-2PR (Rev. 05.00)

# **FORMA CORTA**

☐ PLAN. CON CHEQUE (FAVOR DE DEJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)  
 2001 ESTADOLIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2001

Revisor	Revisor	Revisor	Revisor	Revisor	Revisor	Revisor	Revisor	Revisor	Revisor
R	M	V	V	P	P	N	D	E	A

PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS  
 AÑO CONTRIBUTIVO 2001 O AÑO COMENZADO EL  
 \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ Y TERMINADO EL \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Número de Serie

PLANILLA: ☐ ORIGINAL ☐ ENMENDADA  
☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO

Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento Sexo ☒ M ☐ F

Número de Seguro Social Cónyuge

Fecha de Nacimiento del Cónyuge

Día Mes Año

Teléfono Residencia (797) 286 1257

Teléfono Oficina

Saldo del Pago

Encasillado 1

A. ☒ SI ☐ NO ¿Ciudadano de Estados Unidos?

B. ☒ SI ☐ NO ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

C. ☒ SI ☐ NO ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?

D. ☒ SI ☐ NO ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?

E. ☒ SI ☐ NO ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)

F. ☒ SI ☐ NO ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

G. ☒ SI ☐ NO Fuente de Mayor Ingreso: Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas

H. ☐ SI ☐ NO Empleado del Gobierno Federal

I. ☐ SI ☐ NO Empleado de Empresa Privada

J. ☐ SI ☐ NO Retirado/Pensionado

Su ocupación Maestro Ocupación cónyuge

CAMBIO DE DIRECCION ☐ SI ☒ NO

Número de Recibo

Importe

## **ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:**

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
- ☒ Jefe de familia
- ☐ Soltero

## **Use este formulario sólo si cumple con los siguientes requisitos:**

Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000.

Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.

No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.

Reclama la deducción fija.

No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.

Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas.

No rinde una Declaración de Contribución Estimada.

Es ciudadano americano o extranjero residente.

No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.

No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados.

Si usted no cumple con todos los requisitos, deberá rendir la Forma Larga.

Encasillado 2

**RECIBIDO**

COLECTURIA

11046 CAGUAS 11046

DEPOSITANTE N° 1146

APR 16 2002

SELLO #135

Juan A. Flores Galarza

JUAN A. FLORES GALARZA

Secretario de Hacienda

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORMULARIOS 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2), SEGUN APLIQUE.	988 00	21,805 00
01 Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	00	00
2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse Instrucciones)..... (01)	Contribución Retenida 988 00	Salarios Federales 21,805 00
3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)..... (03)		
4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3)..... (10)		21,805 00



Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 05.01 COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		8. Sueldos - Wages <b>21,805.00</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		9. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <b>[REDACTED]</b>		18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.		10. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>		20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>21,805.00</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919</b>		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		11. Propinas - Tips <b>0.00</b>		21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>316.17</b>		22. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		12. Total=8+9+10+11 <b>21,805.00</b>		23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>		24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
		Copia para Planilla del Empleado Copy for Employee's Tax Return  <b>Año: 2001 Year: 2001</b>		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>		14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>988.11</b>		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1,906.31</b>	
				16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>					
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number									
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date									
Número de Control - Control Number <b>DHA 14636133</b>									

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redacción en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Rep. por: Departamento de Hacienda

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 05.01 COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		8. Sueldos - Wages <b>21,805.00</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		9. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <b>[REDACTED]</b>		18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.		10. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>		20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>21,805.00</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919</b>		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		11. Propinas - Tips <b>0.00</b>		21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>316.17</b>		22. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		12. Total=8+9+10+11 <b>21,805.00</b>		23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>		24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
		Copia para Récores del Empleado Copy for Employee's Records  <b>Año: 2001 Year: 2001</b>		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>		14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>988.11</b>		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1,906.31</b>	
				16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>					
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number									
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date									
Número de Control - Control Number <b>DHA 14636133</b>									

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redacción en el Negociado de Procesamiento de Planillas

2 2 5 3 0

5 6 0 0

1 9 6 0

6 7 6

2 6 3 6

8 2 3 6

1 4 2 9 4

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 05.02, COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	8. Sueldos - Wages <b>22,530.00</b>	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <b>[REDACTED]</b>
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>	11. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>22,530.00</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 <b>22,530.00</b>	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>326.69</b>
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  <b>Año: 2002 Year: 2002</b>	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Número de Control - Control Number <b>32279788</b>		14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>934.32</b>	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1,960.32</b>	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 05.02, COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	8. Sueldos - Wages <b>22,530.00</b>	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 <b>[REDACTED]</b>
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>	11. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>22,530.00</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 <b>22,530.00</b>	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>326.69</b>
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Copia C para Récords del Empleado Copy C for Employee's Records  <b>Año: 2002 Year: 2002</b>	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Número de Control - Control Number <b>32279788</b>		14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>934.32</b>	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>
		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1,960.32</b>	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 05.03

Enregreza Completando los Ovals. El pago de la Planilla con cheque (FAVOR DE PAGAR QUE EN ESTE LUGAR)

<b>FORMA CORTA</b>		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL		PLANILLA: <input type="radio"/> ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO	
Número de Seguro Social		Número de Seguro Social Cónyuge		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
1729 P2 *****5-DIGIT 00777		Fecha de Nacimiento Contribuyente		Sello de Pago	
RTIZ OCASIO, LUIS A		Día Mes Año			
RESIDENTE ACTUAL		Fecha de Nacimiento Cónyuge			
O BOX 3078		Día Mes Año			
UNCOS, PR 00777-6078		Cambio de Dirección			
		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No			
Nombre e Inicial del Cónyuge		Planilla 2004			
Apellido Paterno		<input checked="" type="radio"/> Español <input type="radio"/> Inglés			
Apellido Materno		Teléfono Residencia			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		7 8 7 2 8 6 1 2 5 7			
Código Postal		Teléfono Oficina			
		7 8 7 7 3 4 6 8 1 6			
		Correo Electrónico (E-Mail)		luis.o-ocasio 2004@yahoo.com	

**Encasillado 1**

- SI NO**
- a. ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☐ ☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

**ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:**

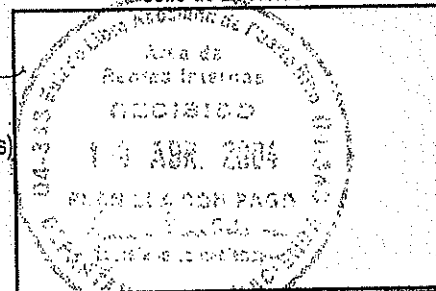
1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)  
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)

**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**

- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION:  
Contribuyente

Cónyuge

**Sello de Recibido****Encasillado 2**

1. **Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**  
**SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN**  
(Formulários 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

**A-Contribución Retenida**

1	0	6	6	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

**Contribución Retenida**

1	0	6	6	0	0
---	---	---	---	---	---

**B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

2	4	2	8	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

**Salarios Federales**

				0	0
				0	0
				0	0
2	4	2	8	0	0

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) ..... 00

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) ..... (01)
3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) ..... (03)
4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3) ..... (10)

Período de Conservación: Diez (10) años



**EXPRESSO**  
de Westernbank

**IRA DEPOSIT RECEIPT**

NAME: LUIS ANGEL ORTIZ OCASIO

SOC SEC: [REDACTED]

ADDRESS: PO BOX 3078

BIRTH DATE: [REDACTED]

JUNCOS PR 00777

TAX YEAR: 2003

BRANCH NAME: EXPRESSO CIDRA BRANCH

NAME: Deposit IRA Account		ACCT NO.: 2116000014	BANK:
TERM: 012 MONTHS		MATURITY: 04/07/2005	ACCOUNT:
RATE: 3.550%		TYPE: 060	SOURCE:
OPEN: 04/07/2004		<input checked="" type="checkbox"/> NEW ACCOUNT <input type="checkbox"/> TRANSFER <input type="checkbox"/> ROLLOVER	
		AMOUNT: \$500.00	
DATE: 04/07/2004	PREPARED BY: Elsie Marie Gutierrez		AUTHORIZATION SIGNATURE: [Signature]
WESTERNBANK TRUST DIVISION ID 660-22-2562			FDIC INSURED

Rev. 05/2002

**TAX RETURN**

Formulario  
Form 499R-2/W-2 PR  
Rev. 05.03

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

**COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT**

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No. [REDACTED]	8. Sueldos - Wages 24,280.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Single <input type="checkbox"/> Casado Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 24,280.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 352.06
	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 24,280.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  Año: 2003 Year: 2003	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00
14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,066.76		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,095.32			
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		
Fecha de Cese de Operaciones Operations Ceasing Date			
Número de Control - Control Number 06836734			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda



Formulario 481 Rev. 05.03

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE MARCAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)



<b>FORMA CORTA</b>		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL		PLANILLA: <input type="radio"/> ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO	
de de y terminado el de de		Número de Seguro Social		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Número de Seguro Social Cónyuge		Fecha de Nacimiento Contribuyente		Sello de Pago	
31729 P2 *****5-DIGIT 00777		Día Mes Año			
JORTIZ OCASIO, LUIS A		Fecha de Nacimiento Cónyuge			
RESIDENTE ACTUAL		Día Mes Año			
PO BOX 3078		Cambio de Dirección			
JUNCOS, PR 00777-6078		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No			
Nombre e Inicial del Cónyuge		Planilla 2004			
Apellido Paterno		<input checked="" type="radio"/> Español <input type="radio"/> Inglés			
Apellido Materno		Teléfono Residencia			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		7 8 7 2 8 6 1 2 5 7			
Código Postal		Teléfono Oficina			
		7 8 7 7 3 4 6 8 1 6			
		Correo Electrónico (E-Mail)			
		luiz_o_ocasio2004@yahoo.com			

**Encasillado 1**

- SI NO
- a. ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☐ ☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**

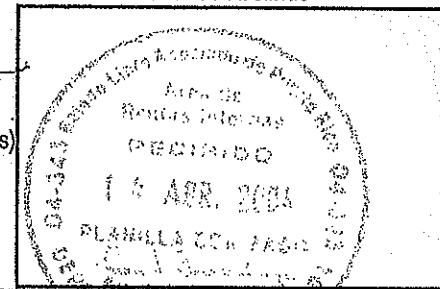
- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

OCUPACION:  
Contribuyente

Cónyuge

**ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:**

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)  
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3. ☒ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero

**Sello de Recibido****Encasillado 2**

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas  
**SUMISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION**  
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

**A-Contribución Retenida**

1	0	6	6	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

**Contribución Retenida**

1	0	6	6	0	0
---	---	---	---	---	---

**B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

2	4	2	8	0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0
				0	0

**Salarios Federales**

				0	0
--	--	--	--	---	---

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) ..... 00

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) ..... (01)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) ..... (03)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3) ..... (10)

				0	0
--	--	--	--	---	---

2	4	2	8	0	0
---	---	---	---	---	---

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	8. Sueldos - Wages <b>24,280.00</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	9. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>	10. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>24,280.00</b>
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>352.06</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number  Fecha de Cese de Operaciones Operations Ceasing Date  Número de Control - Control Number <b>06836734</b>		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  Año: <b>2003</b> Year:	12. Total=8+9+10+11 <b>24,280.00</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
			13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>
			14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1,066.76</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
			15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>2,095.32</b>	
			16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

**FORMA CORTA** 2004 **PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS**

Liquidador R M V1 V2 P1 Revisor P2 N D E A G

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL  
01/01/2004 Y TERMINADO EL 31/12/2004

Número de Seguro Social Número de Seguro Social Cónyuge

Sexo ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente  
Día Mes Año

Fecha de Nacimiento del Cónyuge  
Día Mes Año

Cambio de Dirección: ☐ Sí ☒ No

Planilla 2005: ☒ Español ☐ Inglés

Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno  
**LUIS A ORTIZ OCASIO**

Dirección Postal  
P.O. BOX  
3078  
JUNCOS PR  
Código Postal 00777-6078

"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".

Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Teléfono Residencia: 7 8 7 2 8 6 1 2 5 7

Teléfono Oficina: 7 8 7 4 0 3 5 3 5 4

Código Postal

Número de Recibo: Importe:

Correo Electrónico (E-Mail)

**Encasillado 1**

SI NO

- a. ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☒ ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**

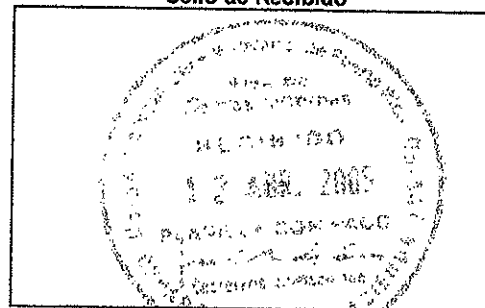
- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

**OCUPACION (Anote el Código):**

Contribuyente

MAESTRO

Cónyuge

**Sello de Recibido****ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:**

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3. ☒ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero

**Encasillado 2****1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas****SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION**

(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

00

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)

01

2

**2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)****3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)****4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)****A-Contribución Retenida**

1	4	3	1	0	0
	7	5	3	0	0
				0	0
				0	0
2	1	8	4	0	0

**Contribución Retenida**(01) 

				0	0
--	--	--	--	---	---

**B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

1	9	1	0	5	0	0
1	6	3	3	4	0	0
					0	0
					0	0
3	5	4	3	9	0	0

**Salarios Federales**(02) 

				0	0
--	--	--	--	---	---

(03) 

				0	0
--	--	--	--	---	---

(10) 

3	5	4	3	9	0	0
---	---	---	---	---	---	---



COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT				INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name <b>LUIS A.</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	8. Sueldos - Wages <b>19105.50</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages	
Apellido(s)-Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones-Commissions	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>P.O. BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones-Allowances	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>AFT PUERTO RICO PO BOX 361140 SAN JUAN PR 00936</b>	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>66-0638902</b>	11. Propinas-Tips	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld	
	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total = 8 + 9 + 10 + 11 <b>19105.50</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>(787) 622-3958</b>	Copia C para Récorde del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2004</b> Year:	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>457.24</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips	
Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1431.67</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips	
Número de Control - Control Number <b>ADP 38388607</b>		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1350.00</b>		
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS		
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on back of Copy B				

04/5-8/ / 200/000079 Produced by A.D.P.

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT				INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	8. Sueldos - Wages <b>16,334.46</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>	4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>	9. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>16,334.46</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>	11. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>236.85</b>	
	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 <b>16,334.46</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récorde del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2004</b> Year:	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>753.22</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número de Control - Control Number <b>39198942</b>		15. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1,380.17</b>		
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>		

Formulario 481 Rev. 05.04

PLA

A CON CHEQUE (FAVOR DE ELIJA CHEQUE EN ESTE L

R)

<b>FORMA CORTA</b>		<b>2005</b>		<b>ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO</b>		<b>2005</b>	
Liquidación	R	M	V1	V2	P1	<b>PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS</b>	
Revisor	P2	N	D	E	A	G	<b>AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL</b>
							<b>01/01/2005 Y TERMINADO EL 31/12/2005</b>

Número de Seguro Social

Número de Seguro Social Cónyuge

Sexo

☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Día	Mes	Año

Día	Mes	Año

Cambio de Dirección: ☐ Sí ☒ NoPlanilla 2005: ☒ Español ☐ Inglés

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
<b>LUIS</b>		<b>ORTIZ OCASIO</b>	

Dirección Postal  
P.O. BOX 3078

JUNCOS PR

Código Postal 00777

"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".

Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Teléfono Residencia:

7	8	7	2	8	6	1	2	5	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Teléfono Oficina:

7	8	7	4	0	3	5	3	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Código Postal

Número de Serie

PLANILLA: ☐ ENMENDADA☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO

Sello de Pago



Número de Recibo:

Importe:

Correo Electrónico (E-Mail)

**Encasillado 1**

SI NO

- a. ☒ ☐ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☒ ☐ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☐ ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☐ ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**

- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

**OCUPACION (Anote el Código):**

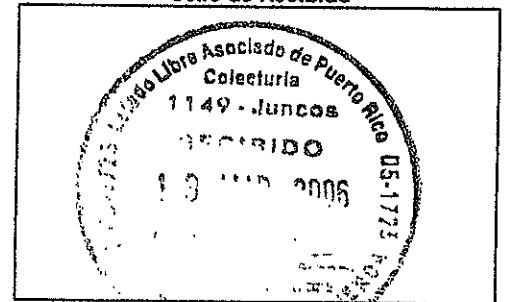
Contribuyente

MAESTRO

6110

Cónyuge

--	--	--	--

**Sello de Recibido****ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:**

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3. ☒ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero

**Encasillado 2****1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas****SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION**

(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

00

Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)

01

2

**A-Contribución Retenida**

1	3	1	7	0	0
1	7	9	2	0	0

**Contribución Retenida**(01) 

				0	0
--	--	--	--	---	---

**B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

2	5	3	1	7	0	0
3	1	9	2	5	0	0

**Salarios Federales**(02) 

				0	0
--	--	--	--	---	---

(03) 

				0	0
--	--	--	--	---	---

(10) 

3	1	9	2	5	0	0
---	---	---	---	---	---	---

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)

Formulario  
m 499R-2/W-2 PR  
Rev. 05/05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>25317.37</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078</b> <b>JUNCOS, PR 00777</b>		5. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>25315.00</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES</b> <b>DEPT DE EDUCACION-MAESTROS</b> <b>AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE</b> <b>ESQUINA CALAF</b> <b>HATO REY, PR 00919</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>		11. Total=7+8+9+10 <b>25317.37</b>		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld <b>367.07</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Record del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2005</b> Year:		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1317.38</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>	
Número de Control - Control Number <b>50622194</b>				14. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>2188.44</b>		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 <b>0.00</b>			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redacción en el Mecanismo de Procesamiento de Bases

Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 05/05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS A.</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>6608.00</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Single <input checked="" type="radio"/> Married <input type="radio"/>		8. Comisiones - Commissions		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>P.O. BOX 3078</b> <b>JUNCOS, PR 00777</b>		5. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>66-0638902</b>		9. Concesiones - Allowances		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>AFT PUERTO RICO</b> <b>PO BOX 361140</b> <b>SAN JUAN PR 00936</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>6608.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>(787) 622-3958</b>		Copia C para Records del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2005</b> Year:		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>475.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Control - Control Number <b>ADP 34271645</b>				14. Fondo de Retiro - Retirement Fund <b>270.00</b>		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004			



Formulario 481 Rev. 09.06

PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DE FJARCHEQUE EN ESTE LUGAR)



FORMA CORTA					
Liquidador	R	G	V1	V2	P1
Revisor	P2	N	D	E	A

2006

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA  
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

2006

AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL

1 de ene de 06 y terminado el 31 de Dic de 06

Número de Seguro Social del Contribuyente

Número de Seguro Social Cónyuge

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Día Mes Año

Cambio de Dirección: ☒ Sí ☐ NoPlanilla 2007: ☒ Español ☐ Inglés

Teléfono Residencia

Teléfono del Trabajo

Código Postal

Número de Serie

PLANILLA ENMENDADA

FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año

Sello de Pago

Número de Recibo:

Importe:

Correo Electrónico (E-Mail)

SI NO

- a. ☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos?
- b. ☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
- c. ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
- d. ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
- e. ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución?
- f. ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

## FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

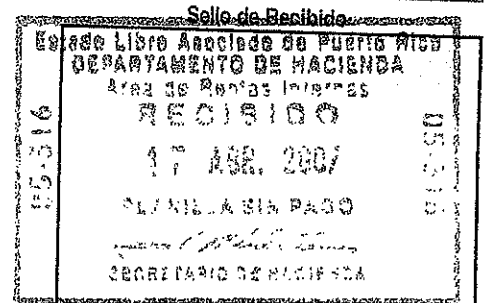
OCUPACION (Añote el Código):

Cónyuge

## ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)

3. ☒ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero



Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas  
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION  
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

A-Contribución Retenida

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

1,604.  
656.19,322.  
13,127.

Total de comprobantes con esta planilla (01) 2 2,260.

A-Contribución Retenida

B-Salarios Federales

Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)

Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (02)

Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3) (03)

32,449.

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 06.06  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	7. Sueldos - Wages <b>13127.14</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) <b>660433481</b>	8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078</b>	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>13127.14</b>
JUNCOS, PR 00777	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>	10. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>190.34</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  <b>Año: 2006 Year:</b>	11. Total=7+8+9+10 <b>13127.14</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>656.75</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
Número de Control - Control Number <b>22996108</b>		14. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>1121.23</b>	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 <b>0.00</b>	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 06.06  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

<b>1. Nombre - First Name</b> LUIS		<b>3. Núm. Seguro Social Social Security No.</b> [REDACTED]		<b>INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION</b>		<b>INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION</b>	
<b>Apellido(s) - Surname(s)</b> ORTIZ OCASIO		<b>4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.)</b> 660433481		<b>7. Sueldos - Wages</b> 19322.50		<b>17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages</b> 0.00	
<b>Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address</b> PO BOX 3078  JUNCOS, PR 00777		<b>5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension</b> Día Mes Año Day Month Year		<b>8. Comisiones - Commissions</b> 0.00		<b>18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld</b> 0.00	
<b>2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address</b> L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		<b>6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity</b> 0.00		<b>9. Concesiones - Allowances</b> 0.00		<b>19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips</b> 19322.50	
<b>Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number</b>		<b>Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return</b>		<b>10. Propinas - Tips</b> 0.00		<b>20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld</b> 280.18	
<b>Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year</b>		<b>Año: 2006</b>		<b>11. Total=7+8+9+10</b> 19322.50		<b>21. Propinas Seguro Social Social Security Tips</b> 0.00	
<b>Número de Control - Control Number</b> 23029365				<b>12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses</b> 0.00		<b>22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips</b> 0.00	
				<b>13. Cont. Retenida - Tax Withheld</b> 1604.63		<b>23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips</b> 0.00	
				<b>14. Fondo de Retiro Retirement Fund</b> 1649.09			
				<b>15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS</b> 0.00			
				<b>16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004</b> 0.00			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí





Periodo de Conservación: Diez (10) años

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
Rev. 06.07

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	7. Sueldos - Wages <b>37360.00</b>	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) <b>660433481</b>	8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078</b>  <b>JUNCOS, PR 00777</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8101321014 SU M PALMA</b> <b>DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS</b> <b>AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ</b> <b>ESQUINA CALAF</b> <b>HATO REY, PR 00919</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>	10. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>541.72</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  <b>Año: 2007</b>	11. Total=7+8+9+10 <b>37360.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>		
Número de Control - Control Number <b>45514826</b>			13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>2908.74</b>	14. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>3002.52</b>	
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 <b>0.00</b>	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 08.07ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

090700

## COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>2250.04</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>66-0201206</b>		8. Comisiones - Commissions		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>2250.04</b>			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>LUIS ORTIZ PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>139.50</b>			
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MENDEZ PO BOX 21345 SAN JUAN PR 00928-1345</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		10. Propinas - Tips		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>2250.04</b>			
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>(787) 751-0178</b>		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  Año: <b>2007</b>		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>2250.04</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>32.63</b>			
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips			
Número Control - Control Number <b>45758140</b>				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>115.58</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips			
				14. Fondo de Retiro - Retirement Fund		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS					
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004					
Instrucciones al dorso - Instructions on back									

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.  
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

PRSoft, Inc. • (787) 622-7550 • www.prsoft.com

INSTRUCCIONES  
DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA1041  
TOD400

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

- todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300;
- todo individuo casado que vivía con su cónyuge y que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

**PENALIDAD** - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le completen un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS  
THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Income tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300;
- every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year individually or jointly, had a gross income of more than \$6,000.

**PENALTY** - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Every person liable under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, tell your employer to prepare a Form 499R-2c/W-2cPR.



Formulario 481 Rev. 11.09

Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo ☒ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

**FORMA CORTA**

Liquidador	R	G	V	V	P	P
Revisor	N	D	D	E	A	M

2009

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

2009

**PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS**

AÑO CONTRIBUTIVO 2009 O AÑO COMENZADO EL

de de y terminado el de de

Número de Seguro Social del Contribuyente

Número de Seguro Social Cónyuge

Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno

LUIS ORTIZ OCASIO

Dirección Postal

URB PARAISO DE COAMO 615

COAMO PR

Código Postal 00769

"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".

Nombre e Inicial del Cónyuge

Apellido Paterno

Apellido Materno

Sexo: ☒ M ☐ F

Fecha de Nacimiento Contribuyente

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento Cónyuge

Día Mes Año

Cambio de Dirección: ☐ Sí ☒ No

Planilla 2010: ☒ Español ☐ Inglés

Teléfono Residencia

787-403-5354

Teléfono del Trabajo

Día Mes Año

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Número de Serie

PLANILLA ENMENDADA

FALLECIDO DURANTE EL AÑO:

Día Mes Año

Sello de Pago

Número de Recibo

Importe

Correo Electrónico (E-Mail)

**Encasillado 1**

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| SI                                     | NO                                  |  |
| a. <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Ciudadano de Estados Unidos?                              |
| b. <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?             |
| c. <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?               |
| d. <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?              |
| e. <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) J. |
| f. <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?                        |

**FUENTE DE MAYOR INGRESO:**

- g. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
- h. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- i. ☐ Empleado de Empresa Privada
- j. ☐ Retirado/Pensionado

**OCUPACION (Anote el Código):**

Contribuyente

DIRECTOR ESCOL 8110

Cónyuge

**ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:**

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
3. ☒ Jefe de familia (No para casados)
4. ☐ Soltero

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo.

**Encasillado 2**

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas  
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION  
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

**A- Contribución Retenida**

	7	5	9	0	0
4	0	2	3	0	0
				0	0
				0	0

**B- Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

9	9	3	7	0	0
4	7	2	1	2	0
				0	0
				0	0

Total de comprobantes con esta planilla 2 4 7 8 2 0 0

5 7 1 4 9 0 0

**A- Contribución Retenida**

			0	0
--	--	--	---	---

**B- Salarios Federales**

			0	0
--	--	--	---	---

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) 0 0 0 0

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) (03) 0 0 0 0

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3) (10) 5 7 1 4 9 0 0

Período de Conservación: Diez (10) años

Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 07.09

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	7. Sueldos - Wages <b>9937.52</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>9937.52</b>
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ</b>	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>66-0201206</b>	8. Comisiones - Commissions	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>616.13</b>
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>LUIS ORTIZ PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777</b>	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>9937.52</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MENDEZ Apartado 21345 San Juan PR 00928-1345</b>	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity  <b>Copia C para Récor ds del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2009 Year:</b>	10. Propinas - Tips	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>144.09</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>(787) 751-0178</b>		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>9937.52</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number <b>01771316</b>		13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>759.52</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on back of Copy B		14. Fondo de Retiro - Retirement Fund	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	
		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004	

PRSoft, Inc. • (787) 622-7650 • www.prsoft.com

2552  
TO0400

Formulario  
Form 499R-2/W-2 PR  
Rev 07/09

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social. Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) <b>660433481</b>		7. Sueldos - Wages <b>47212.80</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>409.20</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>47212.80</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2009</b> Year:		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>684.59</b>	
Fecha de Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				11. Total=7+8+9+10 <b>47212.80</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número de Control - Control Number <b>004217903</b>				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips <b>0.00</b>	
				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>4023.26</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>3407.52</b>			
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 <b>0.00</b>			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 481 Rev. 11.10

Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo  
PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FLUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

2010 2010

AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL

1 de enero de 2010 y terminado el 31 de diciembre de 2010

Número de Seguro Social del Contribuyente

Número de Seguro Social Cónyuge

Nombre del Contribuyente: LUIS ORTIZ OCASIO

Fecha de Nacimiento Contribuyente: [Redacted]

Dirección Postal: PARAISO DE COAMO, 615 CALLE PAZ, Coamo, PR

Código Postal: 00769

Nombre y Apellido del Cónyuge: [Redacted]

Fecha de Nacimiento Cónyuge: [Redacted]

Código Postal: 00769

Planilla 2011: ☒ Contribuyente ☐ Cónyuge

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): PARAISO DE COAMO, 615 CALLE PAZ, Coamo, PR

Teléfono Residencial: 787 403 5354

Código Postal: 00769

Teléfono del Trabajo: [Redacted]

SI ☒ NO ☐

☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos?

☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)

Indique total \$ [Redacted]

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas

☐ Empleado del Gobierno Federal

☐ Empleado de Empresa Privada

☐ Retirado/Pensionado

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta: ☒ Jefe de familia (No para casados)

Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) - (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba): ☐ Soltero

Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individual.

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)

3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individual, Parte II, línea 12)

4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)

A-Contribución Retenida: 3 3 0 8

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas: 4 2 8 1 7

Total de comprobantes con esta planilla: 1

Periodo de Conservación: Diez (10) años



## Anejo I Individuo

Rev. 11.10

2010

Año contributivo comenzado el 1 de enero de 2010 y terminado el 31 de diciembre de 2010

Número de Seguro Social

Nombre del contribuyente LUIS ORTIZ OCASIO

Ennegrezca uno: (01) ☒ 1 Contribuyente ☐ 2 Cónyuge

58

### 1. Comidas y entretenimiento

- A. Total de gastos incurridos o pagados ..... (02)
- B. Reembolso de gastos (comidas y entretenimiento) ..... (03)
- C. Diferencia (Si la línea 1B excede la línea 1A, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) ..... (04)
- D. Diferencia (Si la línea 1A excede la línea 1B, anote el exceso aquí) ..... (05)
- E. Anote el 50% de la línea 1D (Véanse instrucciones) ..... (06)

### 2. Otros gastos

- A. Costo y mantenimiento de uniformes ..... (11)
- B. Cuotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionales ..... (12) 4 4 4
- C. Compra de materiales didácticos por educadores ..... (13)
- D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio ..... (14)
- E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio ..... (15)
- F. Depreciación (Parte II de este Anejo) ..... (16)
- G. Otros gastos de la profesión u oficio ..... (17) 1 0 6 0
- H. Total otros gastos (Sume líneas 2A a la 2G. Anote el total aquí) ..... (18) 1 5 0 4
- I. Reembolso de otros gastos ..... (19)
- J. Diferencia (Si la cantidad en la línea 2I excede la cantidad de la línea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) ..... (20)
- K. Si la línea 2H excede la cantidad en la línea 2I, anote el exceso en esta línea ..... (30) 1 5 0 4
3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume líneas 1E y 2K. Anote la cantidad en esta línea) ..... (31) 1 5 0 4
4. Servicios, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 1B de la Forma Corta o línea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) ..... (32) 4 2 8 1 7
5. Salarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 2B de la Forma Corta o línea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) ..... (33)
6. Totales salarios (Sume líneas 4 y 5) ..... (34) 4 2 8 1 7
7. Multiplique la línea 6 por 4% y anote aquí ..... (35) 1 7 1 2
8. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 6E de la Forma Corta o línea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, o hasta el límite de \$1,500 (\$750 si se acoge al cómputo opcional de la contribución)) ..... (40) 1 5 0 0

MODELO SC 6088  
REV.15 OCT 04  
OA 04-18

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA  
AREA DE RENTAS INTERNAS

CERTIFICACION DE RADICACION DE PLANILLAS DE  
CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS

NUM.CUENTA : [REDACTED] IQC1ZCWK ORTIZ OCASIO LUIS A  
URB PARAISO DE COAMO  
615 CALLE PAZ  
COAMO PR 00769-9324

PERIODO CONTRIBUTIVO	INFORMACION SEGUN SISTEMA
2012	RINDIO PLANILLA
2011	RINDIO PLANILLA
2010	RINDIO PLANILLA
2009	RINDIO PLANILLA
2008	RINDIO PLANILLA

INFORMACION AL CONTRIBUYENTE

DE NO ESTAR DE ACUERDO CON LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA CERTIFICACION DEBERA PRESENTAR SU RECLAMACION CON LA EVIDENCIA DE RADICACION EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIOS AL CONTRIBUYENTE.

DE NO ESTAR OBLIGADO POR LA LEY A RENDIR UNA PLANILLA (APLICA SOLO A INDIVIDUOS) DEBERA LLENAR EL MODELO SC 2781, CERTIFICACION DE RAZONES POR LAS CUALES EL CONTRIBUYENTE NO ESTA OBLIGADO POR LEY A RENDIR UNA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS, EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIO AL CONTRIBUYENTE (CENTROS) Y PRESENTAR LA EVIDENCIA SOLICITADA.

PARA LA UBICACION DE LOS CENTROS, PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES TELEFONOS:

SAN JUAN (787) 723-5556 / 1-877-684-3422 - CAGUAS (787) 258-5272 / (787) 745-0666  
PONCE (787) 844-8800 - MAYAGUEZ (787) 265-5200  
BAYAMON (787) 778-4949 / (787) 778-4973 / (787) 778-4974

  
ASBEL X. RIVERA LOZADA - (ARL4917)

16-Dic-2013 01:05 PM

SECRETARIO AUXILIAR DE RENTAS INTERNAS  
O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA Y HORA DE  
EMISION

SELLO DE RENTAS INTERNAS Y  
SELLO OFICIAL



ADVERTENCIA

ESTA CERTIFICACION ES VALIDA, SI CONTIENE EL SELLO DE RENTAS INTERNAS, EL SELLO OFICIAL DEL DEPARTAMENTO Y LA FIRMA AUTORIZADA.

Formulario 481 Rev. 29 oct 12

<b>FORMA CORTA</b>		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador Revisor		<b>2012</b> GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA <b>2012</b> PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 01 de 01 de 2012 Y TERMINADO EL 31 de 12 de 2012		PLANILLA ENMENDADA FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno LUIS ORTIZ OCASIO Dirección Postal URB PARAISO DE COAMO 615 Coamo PR Código Postal 00769-0000 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Contribuyente Fecha de Nacimiento Sexo Día Mes Año <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Número de Seguro Social Cónyuge Fecha de Nacimiento del Cónyuge Sexo Día Mes Año <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Teléfono Residencia (787) 403-5354 Teléfono del Trabajo		Sello de Recibido 11/04/2013 05:25:29 PM	
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) PARAISO DE COAMO B8 Calle PAZ Coamo PR Código Postal 00769		Correo Electrónico (E-Mail) luisortizocasio2010@gmail.com		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO PLANILLA 2013: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS	
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Otro _____ Su ocupación DIRECTOR ESCOLAR 8110 Ocupación cónyuge _____		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro		1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C). . . . . 01 (01) . . . . .00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan . . . . . (02) . . . . .00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico. . . . . (03) . . . . .00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) . . . . . (04) . . . . .00			
Pago		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14). . . . . (05) . . . . .176.00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado. . . . . (06) . . . . .00 (b) Intereses. . . . . (07) . . . . .00 (c) Recargos y Penalidades . . . . . (08) . . . . .00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)). . . . . (10) . . . . .176.00			
Depósito		AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha 11/04/2013		Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/>	
04 Nombre del Especialista (Letra de Molde) OLGA E CABALLERO		Nombre de la Firma o Negocio HR BLOCK			
Firma del Especialista <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha 11/04/2013		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="checkbox"/> Número de Registro 7971	
NOTA AL CONTRIBUYENTE Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.					

Form Rev. 09.12		GOE DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO Departamento de Hacienda - Department of the Treasury <b>CORRECCION AL COMPROBANTE DE RETENCION</b> CORRECTED WITHHOLDING STATEMENT		<input type="checkbox"/> Correccion <input checked="" type="checkbox"/> Duplicado Duplicate No envíe a la Adm. Seo. Social Do not sent to Soc. Sec. Adm.
AÑO A CORREGIRSE Year Being Corrected <b>2012</b>	1. FECHA CESE DE OPERACIONES Cease of Operations Date Dia - Day Mes- Month Año - Year	2a. NUM. SEG. SOC. EMPLEADO Employee's Social Security No. <b>[REDACTED]</b>	2b. NUM. DE IDENTIFICACION PATRONAL Employer Identification No. (EIN) <b>66-0433481</b>	
3a. NOMBRE - First Name <b>LUIS</b> APELLIDO(S) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4a. NOMBRE Y DIRECCION POSTAL DEL PATRONO Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS L8112423531</b>		
3b. DIRECCION POSTAL DEL EMPLEADO -Employee's Mailing Address <b>DEPARTAMENTO DE EDUCACION</b>		4b. NUMERO DE TELEFONO - Telephone Number		
COMPLETE LINEA 5a ó 5b SOLAMENTE SI LA INFORMACION ORIGINAL ESTABA INCORRECTA. ANOTE NUMERO Y NOMBRE INCORRECTOS. Complete line 5a or 5b only if the original information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security Number and name.				
5a. NUM. SEG. SOC. (INCORRECTO) Incorrect Social Security No.	5b. NOMBRE DEL EMPLEADO (INCORRECTO) Nombre - First Name Apellido(s) - Surname(s)		5c. Fecha en que comenzó a recibir la pensión: Date on which you started to receive the pension: Dia - Day Mes- Month Año - Year	
Línea -Line		a) Según se informó Originalmente As Originally Reported	b) Información Correcta Correct Information	c) Aumento (Reducción) (Diferencia entre a y b) Increase (Decrease) (Difference between a and b)
6. COSTO DE PENSION O ANUALIDAD Cost of Pension or Annuity		\$ .00		
6A. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIADA POR EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage		\$ .00		
6B. DONATIVOS Charitable Contributions		\$ .00		
7. SUELDOS Wages		\$9,744.00		
8. COMISIONES Commissions		\$ .00		
9. CONCESIONES Allowances		\$ .00		
10. PROPINAS Tips		\$ .00		
11. TOTAL = 7+8+9+10		\$9,744.00		
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES Reimbursed Expenses and Fringe Benefits		\$ .00		
13. CONTRIBUCION RETENIDA Tax Withheld		\$957.22		
14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL Governmental Retirement Fund		\$ .00		
15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS Contributions to CODA PLANS		\$ .00		
16. SALARIOS BAJO LEY 324-2004 Salaries under Act 324-2004		\$ .00		
16A. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y DUPLICA TU DINERO Contributions to the Save and Double your Money Program		\$ .00		
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL Social Security Wages		\$9,744.00		
18. SEGURO SOCIAL RETENIDO Social Security Tax Withheld		\$409.25		
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips		\$9,744.00		
20. CONTRIBUCION MEDICARE RETENIDA Medicare Tax Withheld		\$141.29		
21. PROPINAS SEGURO SOCIAL Social Security Tips		\$ .00		
22. SEGURO SOCIAL NO RETENIDO EN PROPINAS Uncollected Social Security Tax on Tips		\$ .00		
23. CONTRIBUCION MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS Uncollected Medicare Tax on Tips		\$ .00		
RAZONES PARA EL CAMBIO: Reasons for the change:				
FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO Employer's or Duty Authorized Agent's Signature <b>Humberto Tabia Fontanez</b>		TITULO - Title		FECHA - Date <b>10/ABRIL/2013</b>
NUMERO CONTROL - Control Number <b>120038740</b>		NUMERO CONTROL DEL COMPROBANTE ORIGINAL - Control number of original withholding statement <b>125552824</b>		
VEANSE INSTRUCCIONES AL DORSO SEE INSTRUCTIONS ON BACK		Copia C - Copia del Empleado Copy C - Employee's Record Reproducido: Departamento de Educación		



Formulario 1950-2014-2CPR		GC GO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO Departamento de Hacienda - Department of the Treasury		<input type="checkbox"/> Corrección Correction <input checked="" type="checkbox"/> Duplicado Duplicate No envíe a la Adm. Seo. Social Do not sent to Soc. Sec. Adm.	
Form Rev. 09.12		CORRECCION AL COMPROBANTE DE RETENCION CORRECTED WITHHOLDING STATEMENT			
AÑO A CORREGIRSE Year Being Corrected 2012		1. FECHA CESE DE OPERACIONES Cease of Operations Date Día - Day Mes- Month Año - Year		2a. NUM.SEG. SOC. EMPLEADO Employee's Social Security No.	
				2b. NUM. DE IDENTIFICACION PATRONAL Employer Identification No. (EIN) 66-0433481	
3a. NOMBRE - First Name LUIS		APELLIDO(S) - Surname(s) ORTIZ OCASIO		4a. NOMBRE Y DIRECCION POSTAL DEL PATRONO Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS L8112320297	
3b. DIRECCION POSTAL DEL EMPLEADO -Employee's Mailing Address PO BOX 3078				4b. NUMERO DE TELEFONO - Telephone Number	
COMPLETE LINEA 5a ó 5b SOLAMENTE SI LA INFORMACION ORIGINAL ESTABA INCORRECTA. ANOTE NUMERO Y NOMBRE INCORRECTOS. Complete line 5a or 5b only if the original information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security Number and name.					
5a.NUM. SEG. SOC. (INCORRECTO) Incorrect Social Security No.		5b.NOMBRE DEL EMPLEADO (INCORRECTO) Nombre - First Name Apellido(s) -Surname(s)		5c. Fecha en que comenzó a recibir la pensión: Date on which you started to receive the pension: Día - Day Mes- Month Año - Year	
Línea -Line		a) Según se informó Originalmente As Originally Reported		b) Información Correcta Correct Information	
6. COSTO DE PENSION O ANUALIDAD Cost of Pension or Annuity		\$ .00			
6A. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIADA POR EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage		\$ .00			
6B. DONATIVOS Charitable Contributions		\$ .00			
7. SUELDOS Wages		\$38,860.00			
8. COMISIONES Commissions		\$ .00			
9. CONCESIONES Allowances		\$ .00			
10. PROPINAS Tips		\$ .00			
11. TOTAL = 7+8+9+10		\$38,860.00			
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES Reimbursed Expenses and Fringe Benefits		\$ .00			
13. CONTRIBUCION RETENIDA Tax Withheld		\$2,289.52			
14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL Governmental Retirement Fund		\$3,407.52			
15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS Contributions to CODA PLANS		\$ .00			
16. SALARIOS BAJO LEY 324-2004 Salaries under Act 324-2004		\$ .00			
16A. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y DUPLICA TU DINERO Contributions to the Save and Double your Money Program		\$ .00			
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL Social Security Wages		\$ .00			
18. SEGURO SOCIAL RETENIDO Social Security Tax Withheld		\$ .00			
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips		\$38,860.00			
20. CONTRIBUCION MEDICARE RETENIDA Medicare Tax Withheld		\$563.47			
21. PROPINAS SEGURO SOCIAL Social Security Tips		\$ .00			
22. SEGURO SOCIAL NO RETENIDO EN PROPINAS Uncollected Social Security Tax on Tips		\$ .00			
23. CONTRIBUCION MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS Uncollected Medicare Tax on Tips		\$ .00			
RAZONES PARA EL CAMBIO: Reasons for the change:					
FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO Employer's or Duly Authorized Agent's Signature Humberto Tapia Fontanez		TITULO - Title		FECHA - Date 10/ABRIL/2013	
NUMERO CONTROL - Control Number 120038739		NUMERO CONTROL DEL COMPROBANTE ORIGINAL - Control number of original withholding statement 125551788			
VEANSE INSTRUCCIONES AL DORSO SEE INSTRUCTIONS ON BACK		Copia C - Copia del Empleado Copy C - Employee's Record Reproducido: Departamento de Educación			

PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL		Número de Serie 2013
Nombre del Contribuyente: <b>Luis Ortiz Ocasio</b> Dirección Postal: <b>URB. Paraíso de Coamo 615</b> <b>Coamo P.R.</b> Código Postal: <b>00769</b>		Fecha de nacimiento: <b>01 de 01 de 2013</b> Número de Seguro Social Contribuyente: <b>01 de 01 de 2013</b> Y TERMINADO EL <b>31 de 12 de 2013</b>
Nombre e Inicial del Cónyuge: <b>Coamo P.R.</b> Apellido Paterno: <b>Ortiz</b> Apellido Materno: <b>Ocasio</b> Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): <b>Paraíso de Coamo</b> <b>B8 Calle Paz</b> Código Postal: <b>00769</b>		Fecha de nacimiento del Cónyuge: <b>01 de 01 de 2013</b> Número de Seguro Social Cónyuge: <b>01 de 01 de 2013</b> Fecha de Nacimiento del Cónyuge: <b>01 de 01 de 2013</b> Sexo: <b>M</b> Teléfono Residencia: <b>(787) 403-5354</b> Teléfono del Trabajo: <b>( )</b>
Correo Electrónico (E-Mail): <b>Coamo P.R.</b>		Sello de Recibido: Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1141, Calle Urb. Barranquillas <b>RECIBIDO</b> <b>08 ABR. 2014</b> <b>SIN PAGO</b> SECRETARIA DE HACIENDA
Cuestionario PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE PUNAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) SI NO A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. <input checked="" type="radio"/> Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro _____ Su ocupación: _____ Ocupación cónyuge: _____		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e Indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		PLANILLA 2014: <input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.		
Reintegro	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) ..... (01) ..... 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2014 ..... (02) ..... 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan ..... (03) ..... 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico ..... (04) ..... 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) ..... (05) ..... 242 00	
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28) ..... (06) ..... 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado ..... (07) ..... 00 (b) Intereses ..... (08) ..... 00 (c) Recargos y Penalidades ..... (09) ..... 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) ..... (10) ..... 00	
Depósito	AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número de su cuenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)	
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.		
Firma del Contribuyente: <b>[Firma]</b> Fecha: <b>7/26/2013</b>		Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____
Nombre del Especialista (Letra de Molde): <b>[Firma]</b>		Nombre de la Firma o Negocio: _____
Firma del Especialista: _____ Fecha: _____		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> Número de Registro: _____

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años

Formulario  
Form 499R-2W-2 PR  
Rev. 08-13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>38860.00</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>38860.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>		11. Total=7+8+9+10 <b>38860.00</b>				20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>563.47</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>C400001</b>		Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax Return  Año: <b>2013</b> Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1986.88</b>				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Control - Control Number <b>004529169</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3407.52</b>				23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>					
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 <b>0.00</b>					
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>					

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas  
Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario  
Form 499R-2W-2 PR  
Rev. 08-13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>38860.00</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>				17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>				18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>				19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>38860.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>		11. Total=7+8+9+10 <b>38860.00</b>				20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>563.47</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		6B. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>				21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>C400001</b>		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2013</b> Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1986.88</b>				22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Control - Control Number <b>004529169</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3407.52</b>				23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>					
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 <b>0.00</b>					
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>					



PRSoft, Inc. ([www.prsoft.com](http://www.prsoft.com))



<b>Anejo M Individuo</b> <small>Rev. 31 oct 14</small>	<b>INGRESO DE PROFESIONES Y COMISIONES</b>	<b>2014</b>
Año contributivo comenzado el <u>1</u> de <u>enero</u> de <u>2014</u> y terminado el <u>31</u> de <u>diciembre</u> de <u>2014</u>		
Nombre del contribuyente <b>LUIS ORTIZ OCASIO</b>		Número de Seguro Social <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>
<b>Parte I Cuestionario</b> (Deberá llenar un anejo por cada fuente de ingreso) <span style="float: right;">(67)</span>		
Número de Identificación Patronal <b>66-0433561</b>	Ingreso proveniente de (ennegrezca uno): <input checked="" type="radio"/> 1 Contribuyente <input type="radio"/> 2 Cónyuge <input type="radio"/> 3 Profesionales <input type="radio"/> 4 Comisiones	Ennegrezca aquí si ésta es su industria o negocio principal <input type="radio"/> Fecha de comienzo de operaciones: Día <u>1</u> Mes <u>1</u> Año <u>2013</u>
Número de Registro de Comerciante <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>	Ennegrezca aquí si durante el año contributivo dispuso de la totalidad de los activos utilizados en su industria o negocio <input type="radio"/> Localización de la Oficina Principal - Número, Calle y Pueblo escuela Coamo PR 00769	
Clave Industrial <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>	Código <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em;"></div>	Naturaleza de la profesión (Ej. abogado, contador, comisionista, etc.) maestro
		Incentivo contributivo bajo: Ley 1-2013 <input type="radio"/> (01) Ley 135-2014 <input type="radio"/> (02)
		Número de empleados 0
Indique si reclamó gastos relacionados con la titularidad, uso, mantenimiento y depreciación de los siguientes conceptos (ennegrezca las que apliquen). Además, indique si el negocio derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la pesca o transporte de pasajeros o de carga o arrendamiento en el caso de aeronaves, o alquiler de propiedades a personas no relacionadas en el caso de propiedad residencial fuera de Puerto Rico.		
Concepto	Indique si reclamó gastos	Indique si derivó 80% o más del ingreso de esa actividad
1. automóviles	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
2. embarcaciones	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
3. aeronaves	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
4. propiedad residencial fuera de Puerto Rico	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No
<b>Parte II Determinación de Ganancia o Pérdida</b> <span style="float: right;">(75)</span>		
1. Ingresos .....	3,975	00
2. Menos: Cantidad exenta bajo Ley 135-2014 (02) <input type="radio"/> 1 Hasta \$40,000 <input type="radio"/> 2 Hasta \$500,000 (Véanse instrucciones) .....	00	00
3. Ingreso bruto después de la exención bajo la Ley 135-2014 (Línea 1 menos línea 2, si aplica. De otro modo, anote el importe de la línea 1) .....	3,975	00
4. Ingreso ganado a través de corporaciones de individuos, sociedades y sociedades especiales .....	00	00
5. Menos: Gastos de operación y otros costos (Informe detalle en Parte III) .....	3,237	00
6. Ingreso neto del año corriente (Sume líneas 3 y 4 menos línea 5) .....	738	00
7. Menos: Pérdida neta en operaciones de años anteriores (Acompañe anejo, véanse instrucciones) .....	00	00
8. Ganancia (o pérdida) (Si es una ganancia, traslade el total a la página 2, Encasillado 1, línea 2K de la planilla o línea 3K, Columna B o C del Anejo CO Individuo, según aplique. Si es una pérdida, véanse instrucciones. Por otro lado, si es una ganancia que tributa a tasa reducida bajo una Ley de Incentivos, traslade el total a la Columna correspondiente de la línea 4(i) del Anejo A2 Individuo, según la tasa contributiva que le aplique a dicha ganancia) .....	738	00
<b>Parte III Gastos de Operación y Otros Costos</b> <span style="float: right;">(85)</span>		
<b>A. Gastos deducibles para la contribución básica alterna:</b>		
1. Salarios, comisiones y bonificaciones a empleados (Véanse instrucciones) .....	00	00
2. Gastos de nómina (Véanse instrucciones) .....	00	00
3. Seguro médico o de hospitalización .....	1,482	00
4. Aportación a planes de pensiones cualificados (Véanse instrucciones. Someta Modelo SC 6042) .....	00	00
5. Servicios profesionales (Véanse instrucciones) .....	00	00
6. Alquiler, renta y cánones pagados (Véanse instrucciones) .....	00	00
7. Intereses sobre deudas del negocio .....	00	00
8. Contribuciones sobre la propiedad, patentes y licencias .....	00	00
9. Seguros (Véanse instrucciones) .....	00	00
10. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, etc.) .....	325	00
11. Depreciación y amortización (Someta Anejo E) .....	00	00
12. Gastos de automóviles (Millaje <u>691</u> ) (12) (Véanse instrucciones) .....	414	00
13. Gastos de otros vehículos de motor (Véanse instrucciones) .....	00	00
14. Contribución federal sobre el trabajo por cuenta propia (Véanse instrucciones) .....	56	00
15. Costos directos imprescindibles (Someta anejo detallado. Véanse instrucciones) .....	00	00
16. Subtotal (Sume líneas 1 a la 15) .....	2,277	00
<b>B. Otras deducciones:</b>		
17. Comisiones a negocios .....	00	00
18. Reparaciones .....	460	00
19. Otros seguros .....	00	00
20. Anuncios .....	00	00
21. Gastos de viajes .....	00	00
22. Gastos de comida y entretenimiento (Total de gastos \$ _____) (23) (Véanse instrucciones) ....	00	00
23. Materiales y efectos .....	200	00
24. Deudas incobrables .....	00	00
25. Otros gastos (Someta anejo detallado) .....	300	00
26. Subtotal (Sume líneas 17 a la 25) .....	960	00
27. Total (Sume líneas 16 y 26. Traslade a la Parte II, línea 5 de este Anejo) .....	3,237	00

Modelo SC 2909

Rev. 17 feb 16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDAAUTORIZACIÓN A ESPECIALISTAS EN PLANILLAS PARA LA RADICACIÓN ELECTRÓNICA  
Y FIRMA DIGITAL DE LA PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

La Sección 1061.01 del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, establece la obligación de rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos y permite que la misma sea autenticada mediante firma digital. El contribuyente que designe a un Especialista en Planillas, Declaraciones y Reclamaciones de Reintegro (Especialista) para firmar de forma digital, en su representación, su planilla, deberá completar este modelo y entregarlo al Especialista junto con copia de su licencia de conducir o pasaporte.

## Parte I - Información del Contribuyente (Si rinde planilla conjunta debe completar la información del cónyuge)

Nombre del Contribuyente	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente
LUIS ORTIZ OCASIO				
Nombre del Cónyuge	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Cónyuge
Dirección			Correo Electrónico	Teléfono
URB PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ COAMO PR 00769			afigueroa@apagpr.com	787-405-5354

## Parte II - Información de la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos

1. Año Contributivo .....	2015
2. Ingreso Bruto Ajustado (Página 2, Encasillado 1, línea 5 de la planilla) .....	\$ 38813
3. Contribución Determinada (Página 2, Encasillado 3, línea 19 de la planilla) .....	\$ 2087
4. Total de Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reembolsable (Página 2, Encasillado 3, línea 23 E de la planilla) .....	\$ 2640
5. Cantidad a Reintegrar (Página 1, línea 1D de la planilla) .....	\$ 553
6. Balance Pendiente de Pago (Página 1, línea 4 de la planilla) .....	\$ 0

## Parte III - Designación de Especialista

Nombre del Especialista (en letra de molde)	Número de Seguro Social o Identificación Patronal
Antonio A Figueroa Alvarado	66-0750323
Nombre de la Firma o Negocio	Número de Registro
AP Advisory Group Corp	8853
Dirección Postal	Correo Electrónico
PO Box 52006	afigueroa@apagpr.com
Toa Baja PR 00950-2006	Teléfono
	787-268-1616

Actos Autorizados - El Especialista está autorizado a radicar electrónicamente y a firmar de forma digital la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos del contribuyente para el año contributivo 2015.

## Parte IV - Firma del Contribuyente - Si rinde planilla conjunta, tanto el contribuyente como el cónyuge, deben firmar esta Autorización.

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la copia electrónica de mi Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos, los anejos y documentos que se acompañan para el año contributivo 2015 y que la misma es cierta, correcta y completa. Declaro que las cantidades de la Parte II, arriba indicados, son las mismas que se incluyeron en la copia electrónica de mi Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos. Autorizo al Especialista a radicar por medios electrónicos y a firmar de forma digital mi Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos para el año contributivo indicado en esta Autorización.

Firma del Contribuyente	Nombre (en letra de molde)	Fecha
	LUIS ORTIZ OCASIO	13-04-2016
Firma del Cónyuge	Nombre (en letra de molde)	Fecha

Si esta Autorización no está firmada y fechada la misma no será válida.

Período de Conservación: Diez (10) años.

<b>1. Nombre - First Name</b> LUIS		<b>3. Núm. Seguro Social</b> Social Security No.		<b>7. Sueldos - Wages</b> 38460.00		<b>INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL</b> SOCIAL SECURITY INFORMATION	
<b>Apellido(s) - Surname(s)</b> ORTIZ OCASIO		<b>4. Núm. de Ident. Patronal</b> Employer Ident. No. (EIN) 660433481		<b>8. Comisiones - Commissions</b> 0.00		<b>17. Total Sueldos Seguro Social</b> Social Security Wages 0.00	
<b>Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address</b> PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		<b>5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage</b> 0.00		<b>9. Concesiones - Allowances</b> 0.00		<b>18. Seguro Social Retenido</b> Social Security Tax Withheld 0.00	
<b>2. Nombre y Dirección Postal del Patrono</b> Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		<b>6. Donativos</b> Charitable Contributions 0.00		<b>10. Propinas - Tips</b> 0.00		<b>19. Total Sueldos y Pro. Medicare</b> Medicare Wages and Tips 38460.00	
<b>Número de Teléfono del Patrono</b> Employer's Telephone Number		<b>Patrono: - Employer:</b> Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		<b>11. Total=7+8+9+10</b> 38460.00		<b>20. Contrib. Medicare Retenida</b> Medicare Tax Withheld 557.67	
<b>Fecha Cese de Operaciones:</b> Cease of Operations Date:		<b>12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales</b> Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		<b>13. Cont. Retenida - Tax Withheld</b> 1916.88		<b>21. Propinas Seguro Social</b> Social Security Tips 0.00	
<b>Número Confirmación de Radicación Electrónica</b> Electronic Filing Confirmation Number S150008		<b>14. Fondo de Retiro Gubernamental</b> Governmental Retirement Fund 3407.52		<b>15. Aportaciones a Planes Cualific.</b> Contributions to CODA PLANS 0.00		<b>22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips</b> 0.00	
<b>Número Control - Control Number</b> 004958540		<b>Año:</b> Year: 2015		<b>16. Salarios Exentos (Ver instrucciones)</b> Exempt Salaries (See instructions) 0.00		<b>23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips</b> 0.00	
<b>Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31</b>							

Formulario  
Form 499R-2W-2 PR  
Rev. 08.15

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Reproducido por: Departamento de Hacienda

<b>1. Nombre-First Name</b> LUIS		<b>3. Núm. Seguro Social</b> Social Security No.		<b>7. Sueldos - Wages</b> 38460.00		<b>INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL</b> SOCIAL SECURITY INFORMATION	
<b>Apellido(s) - Surname(s)</b> ORTIZ OCASIO		<b>4. Núm. de Ident. Patronal</b> Employer Ident. No. (EIN) 660433481		<b>8. Comisiones - Commissions</b> 0.00		<b>17. Total Sueldos Seguro Social</b> Social Security Wages 0.00	
<b>Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address</b> PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777		<b>5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage</b> 0.00		<b>9. Concesiones - Allowances</b> 0.00		<b>18. Seguro Social Retenido</b> Social Security Tax Withheld 0.00	
<b>2. Nombre y Dirección Postal del Patrono</b> Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		<b>6. Donativos</b> Charitable Contributions 0.00		<b>10. Propinas - Tips</b> 0.00		<b>19. Total Sueldos y Pro. Medicare</b> Medicare Wages and Tips 38460.00	
<b>Número de Teléfono del Patrono</b> Employer's Telephone Number		<b>Patrono: - Employer:</b> Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la W-3PR Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		<b>11. Total=7+8+9+10</b> 38460.00		<b>20. Contrib. Medicare Retenida</b> Medicare Tax Withheld 557.67	
<b>Fecha Cese de Operaciones:</b> Cease of Operations Date:		<b>12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales</b> Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00		<b>13. Cont. Retenida - Tax Withheld</b> 1916.88		<b>21. Propinas Seguro Social</b> Social Security Tips 0.00	
<b>Número Confirmación de Radicación Electrónica</b> Electronic Filing Confirmation Number S150008		<b>14. Fondo de Retiro Gubernamental</b> Governmental Retirement Fund 3407.52		<b>15. Aportaciones a Planes Cualific.</b> Contributions to CODA PLANS 0.00		<b>22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips</b> 0.00	
<b>Número Control - Control Number</b> 004958540		<b>Año:</b> Year: 2015		<b>16. Salarios Exentos (Ver instrucciones)</b> Exempt Salaries (See instructions) 0.00		<b>23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips</b> 0.00	
<b>Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31</b>							

Reproducido por: Departamento de Hacienda



<b>FORMA ÚNICA</b>		<b>2016</b>	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	<b>2016</b>	Número de Serie	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Liquidador</div> <div>Revisor</div> </div>		<b>PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS</b> <b>AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL</b>				<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE    <input type="checkbox"/> CÓNYUGE </div> <div> <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: _____) </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M</div> <div>01 de 01 de 2016 Y TERMINADO EL 31 de 12 de 2016</div> </div>						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA  <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE    <input type="checkbox"/> CÓNYUGE </div> <div> <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: _____) </div> </div> </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Nombre del Contribuyente</div> <div>Apellido Paterno</div> <div>Apellido Materno</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>LUIS</b>  <b>ORTIZ</b>  <b>OCASIO</b> </div> <div> <b>Número de Seguro Social Contribuyente</b>  <b>Fecha de Nacimiento</b>  <b>Sexo</b>  <input type="checkbox"/> M  <input type="checkbox"/> F </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Dirección Postal</div> <div> <b>URB PARAISO DE COAMO</b>  <b>615 CALLE PAZ</b>  <b>COAMO</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>PR</b>    <b>Código Postal 00769</b> </div> <div> <b>Número de Seguro Social Cónyuge</b>  <b>Fecha de Nacimiento del Cónyuge</b>  <b>Sexo</b>  <input type="checkbox"/> M  <input type="checkbox"/> F </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Nombre e Inicial del Cónyuge</div> <div>Apellido Paterno</div> <div>Apellido Materno</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>URB PARAISO DE COAMO</b>  <b>615 CALLE PAZ</b>  <b>COAMO</b> </div> <div> <b>PR</b>    <b>Código Postal 00769</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)</div> <div> <b>URB PARAISO DE COAMO</b>  <b>615 CALLE PAZ</b>  <b>COAMO</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>PR</b>    <b>Código Postal 00769</b> </div> <div> <b>TELÉFONO RESIDENCIA</b>  <b>TELÉFONO DEL TRABAJO</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Correo Electrónico (E-Mail) afigueroa@apaqpr.com</div> <div> <b>CAMBIO DE DIRECCIÓN:</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO  <b>SOLICITÓ PRÓRROGA:</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>FECHA DE MAYOR INGRESO:</b>  <b>ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</b> </div> <div> <b>4. Retirado/Pensionado</b>  <b>5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</b>  <b>6. Otro</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>SI NO</b>  <b>A. Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse Instrucciones)</b>  <b>B. Residente de Puerto Rico durante todo el año?</b>  <b>C. ¿Generó ingresos fuera del periodo de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):</b>  <b>D. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)</b>  <b>E. ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)</b>  <b>F. ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?</b>  <b>G. ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año)</b> </div> <div> <b>1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</b>  <b>2. Empleado del Gobierno Federal</b>  <b>3. Empleado de Empresa Privada</b>  <b>4. Casado</b>  <b>5. Contribuyente individual</b>  <b>6. Casado con capitulaciones de total separación de bienes</b>  <b>7. Casado que no vivía con su cónyuge</b>  <b>8. Casado que rinde por separado</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>CONTRATO GOBIERNO:</b>  <input type="checkbox"/> Contribuyente    <input type="checkbox"/> Cónyuge </div> <div> <b>1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</b>  <b>2. Empleado del Gobierno Federal</b>  <b>3. Empleado de Empresa Privada</b>  <b>4. Casado</b>  <b>5. Contribuyente individual</b>  <b>6. Casado con capitulaciones de total separación de bienes</b>  <b>7. Casado que no vivía con su cónyuge</b>  <b>8. Casado que rinde por separado</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Su ocupación Maestro de Escuela</div> <div>6110</div> <div>Ocupación cónyuge</div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>PÁSE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.</b> </div> <div> <b>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)</b> </div> <div> <b>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)</b> </div> <div> <b>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)</b> </div> <div> <b>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)</b> </div> <div> <b>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</b> </div> <div> <b>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</b> </div> <div> <b>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))</b> </div> <div> <b>AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))</b> </div> <div> <b>AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Tipo de cuenta</b>  <input type="checkbox"/> Cheques    <input type="checkbox"/> Ahorros </div> <div> <b>Número de ruta/tránsito</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Tipo de cuenta</b>  <input type="checkbox"/> Cheques    <input type="checkbox"/> Ahorros </div> <div> <b>Número de ruta/tránsito</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Cuenta a nombre de:</b> </div> <div> <b>Número de su cuenta</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Cuenta a nombre de:</b> </div> <div> <b>Número de su cuenta</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</b> </div> <div> <b>Firma del Contribuyente</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</b> </div> <div> <b>Firma del Cónyuge</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>FIRMA ELECTRONICAMENTE</b>  <b>Nombre del Especialista (Letra de Molde)</b>  <b>Antonio A Figueroa Alvarado</b> </div> <div> <b>Fecha</b>  <b>13/04/2017</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>FIRMA ELECTRONICAMENTE</b>  <b>Nombre de la Firma o Negocio</b>  <b>AP Advisory Group Corp</b> </div> <div> <b>Fecha</b>  <b>13/04/2017</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Firma del Especialista</b>  <b>FIRMA ELECTRONICAMENTE</b> </div> <div> <b>Fecha</b>  <b>13/04/2017</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)</b> </div> <div> <b>Número de Registro</b>  <b>6853</b> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: SI NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.</b> </div> <div> <b>Período de Conservación: Diez (10) años</b> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: SI NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.</b> </div> <div> <b>Período de Conservación: Diez (10) años</b> </div> </div>				



Si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas y rinden planilla conjunta, no complete los Encasillados 1 y 2, ni las líneas 14 a la 20 del Encasillado 3, y pase al Anejo CO Individuo.

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas		A-Contribución Retenida		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	
SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).		1916 00		38460 00	
Total de comprobantes con esta planilla 02 1		1916 00		38460 00	
C- Salarios del Gobierno Federal (Total de Formularios W-2 con esta planilla 0)		Salarios Exentos bajo Ley 135-2014 0 00		Contribución Retenida 0 00	
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):					
A) Distribuciones totales de planes de retiro cualificados (Anejo D Individuo, Parte IV, línea 24) (06)				0 00	
B) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Anejo D Individuo, Parte V, línea 34 o 35, según aplique) (07)				0 00	
C) Intereses (Anejo FF Individuo, Parte I, línea 5) (08)				0 00	
D) Dividendos de corporaciones (Anejo FF Individuo, Parte II, línea 4) (09)				0 00	
E) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3) (10)				0 00	
F) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Anejo F Individuo, Parte I, línea 2) (11)				0 00	
G) Otros Ingresos (Anejo F Individuo, Parte V, línea 4 y Anejo FF Individuo, Parte II, línea 4) (12)				0 00	
H) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 4) (13)				0 00	
I) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Anejo K Individuo, Parte II, línea 12) (14)				0 00	
J) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Anejo L Individuo, Parte II, línea 14) (15)				0 00	
K) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Anejo M Individuo, Parte II, línea 8) (16)				331 00	
L) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Anejo N Individuo, Parte II, línea 9) (17)				0 00	
M) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (18)				00	
N) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1) (19)				00	
O) Participación distributable en beneficios de sociedades, sociedades especiales y corporaciones de Individuos (Someta Anejo R Ind.) (20)				0 00	
P) Distribuciones de planes de compensación diferida y/o de retiro cualificados (parciales o totales no por separación de servicio o terminación del plan) (Anejo F Individuo, Parte III o IV, línea 1, según aplique) (21)				0 00	
Q) Ingreso de salarios, jornales, compensaciones o espectáculos públicos recibidos por un individuo no residente (Formulario 480.6C) (22)				0 00	
R) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: ) (23) (24)				0 00	
3. Total de Ingresos (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2R) (25)				38791 00	
4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (Núm. seg. soc. del que la recibe: ) (26) (Núm. sentencia: ) (27) (28)				0 00	
5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4) (29)				38791 00	
6. Total de Deducciones (Anejo A Individuo, Parte I, línea 11 o Parte II, línea 6) (03) (01)				3407 00	
7. Exención Personal (Casado - \$7,000; Contribuyente Individual - \$3,500; Casado que rinde separado - \$3,500) (02)				3500 00	
8. Exención por Dependientes (Complete el Anejo A1 Ind., véanse instrucciones): (03) (04) (05) (06)				0 00	
Custodia compartida o casado que rinde separado - B) (04) 0 x \$1,250 (06)				0 00	
Total Exención por Dependientes (Sume líneas 8A y 8B) (07)				0 00	
9. Exención Personal Adicional para Veteranos (\$1,500 por veterano. Si ambos conyugues son veteranos, \$3,000) (08)				0 00	
10. Total Deducciones y Exenciones (Sume líneas 6 a la 9) (09)				6907 00	
11. Ingreso neto antes de la deducción por Ley 185-2014 (Línea 5 menos línea 10. Si la línea 10 es mayor que la línea 5, anote cero) (10)				31884 00	
12. Deducción admisible bajo la Ley 185-2014 (Véanse instrucciones) (11)				00	
13. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN (Línea 11 menos línea 12. Si la línea 12 es mayor que la línea 11, anote cero) (12)				31884 00	
14. CONTRIBUCIÓN: (21) 1 Según Tabla 2 Tasas preferenciales (Anejo A2 Ind.) 3 Extranjero no residente 4 Modelo SC 2668 (22)				2084 00	
15. Cantidad de Ajuste Gradual (Determine este ajuste si la cantidad reflejada en línea 13 o en Anejo A2 Ind., línea 11 es mayor de \$500,000) (Anejo P Ind., línea 7) (23)				00	
16. CONTRIBUCIÓN REGULAR ANTES DEL CRÉDITO (Sume líneas 14 y 15) (24)				2084 00	
17. Crédito por contribuciones pagadas a países extranjeros, los Estados Unidos, sus territorios y posesiones (Someta Anejo C Individuo) (Véanse inst.) (25)				0 00	
18. CONTRIBUCIÓN REGULAR NETA (Línea 16 menos línea 17) (26)				2084 00	
19. Exceso de la Contribución Básica Alemana Neta sobre la Contribución Regular Neta (Anejo O Individuo, Parte II, línea 7) (Véanse instrucciones) (27)				0 00	
20. Crédito por contribución básica alemana (Anejo O Individuo, Parte III, línea 4) (28)				00	
21. TOTAL CONTRIBUCIÓN DETERMINADA (Sume líneas 18 y 19 menos línea 20 o anote la cantidad del Anejo CO Individuo, línea 24, según aplique) (29)				2084 00	
22. Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Individuo, Parte I, línea 3) (30)				0 00	
23. Créditos contributivos (Anejo B Individuo, Parte II, línea 28) (31)				0 00	
24. RESPONSABILIDAD CONTRIBUTIVA (Sume líneas 21 y 22 menos línea 23. Si es menor de cero, anote cero) (32)				2084 00	
25. CONTRIBUCIÓN RETENIDA, PAGADA Y CRÉDITO REEMBOLSABLE:					
A) Mediante retención sobre salarios (Sume las líneas 1A y 1C del Encasillado 1 o líneas 1A y 2A del Anejo CO Individuo) (33)		1916 00			
B) Otros pagos y retenciones (Anejo B Individuo, Parte III, línea 22) (34)		525 00			
C) Crédito de la Oportunidad Americana (Someta Anejo B2 Individuo) (No aplica a casados que rinden separado). (35)		0 00			
D) Cantidad pagada con prórroga automática (36)		00			
E) Total Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reembolsable (Sume líneas 25A a la 25D) (37)		2441 00			
26. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Si la línea 25E es menor que la línea 24, anote la diferencia aquí, de lo contrario en la línea 27) (38)				00	
27. Exceso de Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reembolsable (39)				357 00	
28. Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Individuo, Parte II, línea 21) (40)				00	
29. BALANCE: Si línea 27 es mayor que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un sobrepago. Anote diferencia aquí y en línea 1 de página 1. Si línea 27 es menor que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un balance pendiente de pago. Anote diferencia aquí y en línea 2 de la página 1. Si diferencia entre línea 27 y la suma de líneas 26 y 28 es igual a cero, anote cero aquí y pase a firmar su planilla en la página 1. (50)				357 00	

LA CANTIDAD REFLEJADA EN LA LÍNEA 29 DEBERÁ TRASLADARSE A LA LÍNEA CORRESPONDIENTE DE LA PÁGINA 1.

Período de Conservación: Diez (10) años

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Case: 17-03283-LTS Doc#: 12983 Filed: 03/16/20 Entered: 03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 38 of 42

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>38460.00</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>38460.00</b>	
Fecha de Nacimiento Date of Birth Día: <b>1</b> Mes: <b>1</b> Año: <b>2016</b>		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>557.67</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		Patrono: - Employer: * Envíe al: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the <b>W-3PR</b> * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically ( <a href="http://www.hacienda.pr.gov">www.hacienda.pr.gov</a> ) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total=7+8+9+10 <b>38460.00</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>006272459</b>				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día: Mes: Año:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1916.88</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>S160021</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3407.52</b>			
Número Control - Control Number <b>006272459</b>		Año: Year: <b>2016</b>		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver Instrucciones) Exempt Salaries (See Instructions) Código/Code <b>0.00</b>			
				16. Código/Code <b>0.00</b>			
				16A. Código/Code <b>0.00</b>			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			

Formulario 499R-2W-2 PR Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

Reproducido por: Departamento de Hacienda

1. Nombre-First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>38460.00</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>660433481</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>38460.00</b>	
Fecha de Nacimiento Date of Birth Día: <b>1</b> Mes: <b>1</b> Año: <b>2016</b>		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>557.67</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		Patrono: - Employer: * Envíe al: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the <b>W-3PR</b> * Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically ( <a href="http://www.hacienda.pr.gov">www.hacienda.pr.gov</a> ) * Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		11. Total=7+8+9+10 <b>38460.00</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>006272459</b>				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día: Mes: Año:				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1916.88</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>S160021</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3407.52</b>			
Número Control - Control Number <b>006272459</b>		Año: Year: <b>2016</b>		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver Instrucciones) Exempt Salaries (See Instructions) Código/Code <b>0.00</b>			
				16. Código/Code <b>0.00</b>			
				16A. Código/Code <b>0.00</b>			
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			

Reproducido por: Departamento de Hacienda





Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 07.17



GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

**222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT**

1. Nombre - First Name <b>LUIS</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>38,460.00</b>		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) <b>A ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>660433481-081</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>			
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078 JUNCOS PR 00777</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>			
Fecha de Nacimiento: Date of Birth: Día <b>1</b> Mes <b>1</b> Año <b>2017</b>		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>38,460.00</b>			
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GO ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919</b>		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año: <b>2017</b> Year:		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>38,460.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>557.67</b>			
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>(787) 773-3508</b>				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>			
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día <b>1</b> Mes <b>1</b> Año <b>2017</b>				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1,917.99</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>			
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>S170008</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3,399.63</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>			
Número Control - Control Number <b>006994149</b>				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contribuciones to CODA PLANS <b>0.00</b>					
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code <b>0.00</b>					
				16A. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code <b>0.00</b>					
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>					

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO  
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que viva con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

**PENALIDAD** - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delicto menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o denotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delicto grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE  
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

**PENALTY** - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.



Formulario 482 Rev. 23 oct 18

Liquidador		Revisor		<b>2018</b>		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		<b>2018</b>		Número de Serie	
<b>PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS</b> AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL										<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: ____/____/____) Sello de Recibido:  12/3/2019 3:47:43 PM	
01 de 01 de 2018 Y TERMINADO EL 31 de 12 de 2018											
Nombre del Contribuyente		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		Fecha de Nacimiento		Sexo	
LUIS		ORTIZ		OCASIO				____/____/____		<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Dirección Postal		URB PARAISO DE COAMO		615 CALLE PAZ		COAMO PR		Código Postal 00769		Número de Seguro Social Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Sexo		Teléfono Residencia	
						____/____/____		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		787-403-5354	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		URB PARAISO DE COAMO		615 CALLE PAZ		COAMO PR		Código Postal 00769		Teléfono del Trabajo	
										Cambio de Dirección: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico (E-Mail)		planillas@apagpr.com				Solicitó Prórroga: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge			

<b>Cuestionario</b>	SÍ	NO	A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)		1. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado	
			B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año?		2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal		5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)	
			Si contestó "No", indique una de las siguientes:		3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada		6. <input type="checkbox"/> Otro	
			1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día ____)					
			2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día ____)					
			3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año					
			C. <input checked="" type="radio"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Sí", indique la cantidad):		J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:			
			1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ ____		1. <input type="checkbox"/> Casado			
			2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ ____		(Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)			
			D. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)		2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual			
			E. <input type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)		(Ennegrezca e Indique nombre y seguro social del cónyuge si es:			
			F. <input type="checkbox"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?		<input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes			
			G. <input type="checkbox"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día ____)		<input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge)			
			H. <input type="checkbox"/> ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017?		3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado			
			1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto ____)		(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
			2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto ____)		Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110			
					Ocupación del cónyuge			

<b>PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO</b>											
<b>Reintegro</b>	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) ..... 01								(01)	304	00
	A) Acreditar a la contribución estimada 2019 .....								(02)		00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan .....								(03)		00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico .....								(04)		00
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) .....								(05)	304	00
<b>Pago</b>	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) .....								(06)		00
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado .....								(07)		00
	(b) Intereses .....								(08)		00
	(c) Recargos y Penalidades .....								(09)		00
<b>Depósito</b>	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) .....								(10)	0	00
	AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021583111 Número de su cuenta 001008429 Cuenta a nombre de: LUIS ORTIZ OCASIO y (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)										

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.															
Firma del Contribuyente				Fecha				Firma del Cónyuge				Fecha			
✓ FIRMADA ELECTRONICAMENTE				12/3/2019				✓							

Formulario  
Form 499R-2/W-2PR  
Rev. 07.18



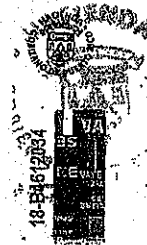
GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

222

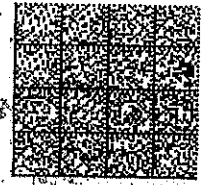
## COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>LUIS A</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>[REDACTED]</b>		7. Sueldos - Wages <b>39,293.35</b>		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) <b>ORTIZ OCASIO</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>66-0433481</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>PO BOX 3078</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
<b>JUNCOS PR 00777</b>		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>39,293.35</b>	
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year <b>[REDACTED]</b>		Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017 B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: <b>Año: 2018</b>		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>39,293.35</b>		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld <b>569.75</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GO ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919-0000</b>				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales <b>0.00</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1,999.54</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3,482.52</b>		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>F0717193216</b>				15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
Número Control - Control Number <b>180075728</b>				16. Salarios Exentos (Ver Instrucciones) Exempt Salaries (See Instructions) Código/Code <b>0.00</b>			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				16A. <b>0.00</b>			
				16B. <b>0.00</b>			
				16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			

*[Handwritten signature]*



Sello



5120  
02/08/2019  
51.00  
Sello de Rentas Internas  
51-00063-2019-0208-45635000